

<研究ノート>

# 介護福祉士の終末期ケア教育の一考察

—— テキストの検討から ——

松 永 貴志子

キーワード：介護福祉士，看護師，終末期ケア，教育，連携

## 目 次

- I はじめに
- II 看取りの現状
  - 1. 多様な看取りの場
  - 2. 看取り介護加算とターミナルケア加算
- III 終末期のとらえ方
- IV 介護福祉士と看護師の終末期ケア教育
  - 1. 介護福祉士の終末期ケア教育
  - 2. 看護師の終末期ケア教育
- V 介護福祉士の終末期ケア教育の課題
  - 1. コミュニケーション能力の向上
  - 2. 死生観の学び
  - 3. 介護と医療の両者の強みを生かした連携教育
- VI おわりに

## I はじめに

現在，少子高齢化に伴う家族介護者の減少や一人暮らし高齢者の増加が著しく，今後は，後期高齢者の増加と共に多死亡時代を迎えようとしている。

しかし、「看取りの場」と「介護人材」の未整備の問題が高齢者の望む「看取り」の実現を困難にさせていることは否めない。最後まで住み慣れた場所で暮らしたいと願う高齢者が多い中、様々な社会情勢の変化が高齢者の望む「看取り」の実現を困難にさせている現状でもある。

国は病院死から施設死移行のため、加算評価を設定しているが、それだけでは質の高い看取り介護にはつながっていない。高齢者にとって「終の棲家」に値する施設環境の整備と最後まで利用者の思いを尊重し、QOLの向上を図り続ける専門職の育成が大きな課題である。さらに、少子多死亡時代に備え、介護福祉士は今以上に高度な専門性が求められ、期待されることは確実である。

しかし、実践の場の介護福祉士自身が施設は看取りの場と認識しながらも、出来れば避けたい、急変があれば病院へという揺れ動く気持ちを抱いており、自信のもてないケアの提供に焦りと不安を持っていること等、が先行研究の調査から明らかにされている。これを基に、松永（2019）は介護福祉士の看取りケアの不安を調査した結果、不安の要因として「知識不足」が明らかとなった。この知識とはターミナルステージごとの状況の変化に応じた対応に関連した知識と死生観、「エンゼルケア」や死後のケアに関する知識であることを明らかにし、教育現場においては、前述した看取り教育の充実が重要であると提言した。さらに実践の場には、職員間の意識統一とチームワークづくりが必要であることも指摘している<sup>1)</sup>。

そこで今回、看取りに携わる介護福祉士と看護師の教育内容を概観し、専門職の死生観や連携教育に生じる課題について示唆を得ることを目的とした。

---

1) 松永貴志子（2019）「高齢者施設での看取り介護における課題」-介護福祉士へのインタビュー調査をもとに-桃山学院大学 社会学論集第52巻第2号p51-p98

## Ⅱ 看取りの現状

### 1. 多様な看取りの場

2006年4月の介護保険制度改定において、特別養護老人ホーム（以下「特養」とする）では「重度化加算」と「看取り介護加算」が介護報酬に加えられた。各施設での看取りは増加しつつあるが、特養で死亡する人は10%に満たず、病院での死亡は77.3%を占めている。だが、内閣府（2012）によれば高齢者にとって最期を迎えたい場所として「自宅」が54.6%でトップ、次は「病院などの医療施設」が27.7%で「特養」は4.5%であった<sup>2)</sup>。半数以上の人が「在宅死」を望んでいるにもかかわらず、病院で終末期を迎える高齢者が多いのだ。これはいったいなぜだろうか。その理由として百瀬（2011）は必要に応じた疼痛マネジメントが行われ、呼吸困難に対して酸素吸入や尿閉に対しては膀胱カテーテル留置など適切な医療処置が行われるため利用者および家族にとっては急変時の不安に対応出来る利点があると延べる<sup>3)</sup>。榊原ら（2008）は、少子高齢化による介護者不在が病院死せざるを得ない理由であるとしている<sup>4)</sup>。

2000年に日本老年学会は「高齢者の終末期医療に関する立場表明」をおこなった。表明では、終末期の医療およびケアは医学のみならず、看護、介護、社会、心理など幅広い領域を含む集学的医療およびケアであり、そこには患者本人だけでなく家族のケアも含まれる。また、終末期の医療およびケアの充実は終末期患者のQOL向上に役立つものであると述べられている。

病院以外の施設として介護保険3施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人

---

2) 内閣府「平成24年（2012）度高齢者の健康に関する意識調査」

3) 百瀬由美子（2011）「病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア」日老医誌pp 227-234

4) 榊原和子・中家洋子（2008）「高齢者の看取りに関する介護福祉士教育の課題」四條畷学園短期大学紀要 2008年41号pp 1-8

ホーム、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅など選択肢はあげられるが「経済的に難しい」、「施設そのものが不足している」などさまざまな問題があり、高齢者が自身の希望に沿って自由に選択できる現状とは言えない。しかし看取りケアに関しては2006年度の介護報酬改定で、介護加算が加えられ、入居施設で言えば、介護老人福祉施設、認知症対応型グループホーム、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム）では「看取り介護加算」、介護老人保健施設では「ターミナル加算」が認められるようになった。介護療養型医療施設では、加算ではなく施設サービス費の要件で医療ニーズ・ターミナルケアへの対応を評価するとしている。小規模多機能居宅介護では、「看取り連携体制加算」が設けられているなどさまざまな加算が設けられ病院死から施設死あるいは在宅死へと移行しつつある。

一方、先述したように、5割以上の方が在宅死を望んでいる現状から、住み慣れた場所でその人にとって適切な医療と介護が切れ目なく受けられる環境の整備が求められる。しかし、「最後まで在宅」という選択は、家族介護者がいない、住まいの環境が看取りに適さないなどソフト、ハード両面ともに課題がある。そうした状況を踏まえると、「住み慣れた場所」が、何があんでも「在宅」であるという必要性はなく、高齢者にとって馴染みがある場所かどうかで「馴染みの地域の施設を利用しながら自宅で生活する」といったこともあってよいのではないだろうか。

## 2. 看取り介護加算とターミナルケア加算

百瀬（2011）は終末期のケアにつて、ターミナルケア、看取りケア、ホスピスケア、緩和ケア、エンド・オブ・ライフ・ケアなど、様々な用語を用いて説明している。それらのケアに通底している基本原則として、①身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みに対する全人的ケアの提供②死ぬ瞬間までその人らしく生きるために本人の意思を尊重して、出来る限りより良

いQOLを実現する。③②を実現するために多職種のチームアプローチを行う、④患者と、家族を対象とした死別前後の家族の悲嘆ケア（グリーフケア）を行う、という4つを示している。ケアには多くの種類があるが、なかでもターミナルケアは医療、看護、介護の現場で多く使われている<sup>5)</sup>。

ターミナルケアはガン治療分野においては、延命のための医療行為が第一目的ではなく、痛みや苦痛をコントロールしながら患者のQOLを尊重したケア中心の包括的援助であり、多職種が連携しながら医療（cure）と介護（care）の両面で支えるチームケアと言える。

介護保険を使って終末期ケアが行われた場合、「看取りケア加算」と「ターミナルケア加算」が算定できる。主な設置主体が医療法人である介護老人保健施設（設置主体が社会福祉法人の場合もある）と、介護療養型老人保健施設は「ターミナル介護加算」とされ、医療的要素の強い施設での終末期ケアである。設置主体が社会福祉法人である特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホームは設置主体が医療法人の場合もある）は「看取り介護加算」とされ、介護的要素の強い終末期ケアである。いずれにせよ算定要件には医師、看護、介護職等による協議を経て、共同のうえに適宜指針の見直しを行うことなどが要件とされていることから利用者の終末期には医療と看護との連携が不可欠である。

2018(平成30)年の介護報酬改定では、ターミナル期の利用者へのケアプランの作成を行う居宅介護支援事業所へのターミナルケアマネジメント加算を設けた。また、一定の医療体制を整えた特養内の看取りの評価の充実などの医療ニーズへの対応が増加してきていると指摘している<sup>6)</sup>。

---

5) 前掲3) pp 227

6) 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会平成30年（2018）1月26日第158回資料3

### Ⅲ 終末期の考え方

日本老年医学会（2012年6月）は、立場表明として「終末期とは、病状が不可逆かつ進行性でその時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可逆となった状態」とした。なぜなら、高齢者は複数の疾病、障害を併せ持つ事が多く、また心理、社会的影響も受けやすい事から終末期の経過が多様であり、臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、終末期の定義に具体的な期間の定義を設けなかったとしている。

柏木（2007）はターミナルケアの言葉が使われなくなり、かわって“end of life care”という言葉が使われるようになってきたと指摘している。その理由として“terminal”という言葉は、「終わり」や「最期」を連想させること。そして“terminal care”は、歴史的にガン患者だけを対象にしているというイメージがあり、癌以外にも終末期の対象が広がってきている実情に即さないからではないかと述べている<sup>7)</sup>。

佐々木（2012）によれば“end of life care”という言葉は、1999年に開催されたアジア太平洋ホスピス緩和ケアネットワークの学術総会においてDr. Kathleen M Foleyにより、用いられた。彼女はこの言葉を「人生の終焉は誰にでも訪れ、終焉の原因（死因）が病気の事が多く、しかも原因となる最近の病気の多くは長い経過をとる。そのような最期の日々の痛みや苦しみを十分に治療され、本人が望む通りに過ごせるように支援する」という意味で用いていると述べる<sup>8)</sup>。

榊原ら（2008）によれば、カナダ政府の諮問委員会が2000年にエンド・オブ・ライフ・ケアガイドの中で高齢者の終焉の特徴を尊重したケアが新た

7) 柏木哲夫（2007）「生と死の医学」日本ホスピス緩和ケア協会総合臨床56巻第9号

8) 佐々木隆志（2012）「エンド・オブ・ライフ・ケア概念構成と変遷に関する研究」静岡県立大学短期大学部紀要第26号p31

にエンド・オブ・ライフ・ケアとして示された。ここでは、老年期のケアと緩和ケアの双方によって死に至るまでQOLを保障するとしている。ターミナル期を6か月以内と限定せず、時間軸を長くとも特徴である。エンド・オブ・ライフ・ケアは人生の終わりに受けるケアを広範囲に示しているとも述べている<sup>9)</sup>。

このことから、エンド・オブ・ライフ・ケアとは病や老いなどにより、人が人生を終える時期に必要とされるケアであり、QOLを最期まで最大限に保ち、その人にとってのよい死を迎えられるように支援することである。

2015(平成27)年3月に厚生労働省は高齢化率が急速に上昇して、死亡者数が増加することや「自宅死」を希望する高齢者の増加と高齢化に伴う在宅医療、介護基盤の充実などの課題を背景に、最後まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であるとして、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へと名称変更した。これはガン末期の患者や高齢者のみならず誰でもが迎える人生の終末期を包括している。2018(平成30)年3月には、高齢多死社会の進展に伴う在宅や施設での看取りの需要の増大と近年、諸外国で普及しつつあるACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を医療・介護の現場に普及させることを目的に、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインが改訂された。

このガイドラインの基本的考え方は、①病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく在宅医療・介護の現場で活用できるために「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と名称し、医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化する、②心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針やどのような生き方を望むか等を日頃から繰り返し話し合うことが重要である、③本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に本人の意

---

9) 前掲4) p2

思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことが重要である、④今後、単身世帯が増えることを踏まえて、信頼できる者の対象を家族から家族等（親しい友人等）に拡大する、⑤繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有するなどである。

ここで重視されているアドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、最後の時点をピンポイントで考えるのではなく、現在から最期に至る段階において、その都度ごとに、どうしたいか、どうありたいかを医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有し、最期まで自らの尊厳を保ち続けるために考えていくケア計画なのである。

#### Ⅳ 介護福祉士と看護師の終末期ケア教育

ここでは、介護福祉士と看護師教育に使用されているテキストをもとにそれぞれどのような教育が行われているか概観する。

##### 1. 介護福祉士の終末期ケア教育

介護福祉士養成教育は、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3領域と「医療的ケア」の教育内容からなっている。

社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会が取りまとめた「介護人材に求められる機能と明確化とキャリアパスの実現に向けて」の報告書（2017(平成29)年10月）を受けて、2018(平成30)年3月に、介護福祉士養成課程のカリキュラム改正が行われた。その改正の主たる内容は、①チームマネジメント能力、②地域で支える実践力、③介護過程の実践力、④認知症ケアの実践力、⑤介護と医療の連携を踏まえた実践力等の向上の5点の観点を踏まえたものであった。

その中から「終末期ケア」に関連した項目を見てみると、『生活支援技術』『介護の基本』『こころとからだのしくみ』の3科目の中で見ることができ



る。その内容を紹介すると、科目『生活支援技術』では、人生の最終段階にある人と家族をケアするために、終末期の経過に沿った支援や、チームケアの実践について理解することを踏まえ、「人生の最終段階における介護」として、1) 人生の最終段階とは、2) 人生の最終段階にある人の介護の視点、3) 人生の最終段階を支援するための基本となる知識と技術、4) 家族・介護職が「死」を受け止める過程の4つの内容が設定されている。科目『こことからだのしくみ』では、人生の最終段階にある人と家族を支援するため、終末期の心身の変化が生活に及ぼす影響について学び、生活支援を行うために必要となる基礎的な知識を理解する内容とすることを踏まえ、「人生の最終段階のケアに関連したこことからだのしくみ」として、1) 人生の最終段階に関する「死」のとらえ方、2) 「死」に対するこころの理解、3) 終末期から危篤状態、死後のからだの理解、4) 終末期における医療職との連携について学ぶ内容になっている。科目『介護の基本』では、地域や施設・在宅の場、介護予防や看取り等の場面や状況における介護福祉士の役割と機能を理解する内容として、1) 人生の最終段階と介護福祉士の役割について学ぶ内容になっている。

ここでは、前述のカリキュラム改正に合わせて出版された中央法規の介護福祉士養成テキストの中から、「終末期ケア」に関連した目次・内容を抽出し表1にまとめた。テキストは、介護福祉士養成講座『生活支援技術Ⅱ』、『こことからだのしくみ』、『介護の基本1』の3冊である。

表1 介護福祉士各講座における終末期ケアの目次

介護福祉士養成講座 7 生活支援技術Ⅱ (中央法規出版)	第6章 人生の最終段階における介護 第1節 人生の最終段階の意義と介護の役割 1. 人生の最終段階におけるケアの意味 2. 人生の最終段階におけるアセスメントの視点 第2節 人生の最終段階における介護
------------------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 死をむかえる人の介護</li> <li>2. 死をむかえた人の介護</li> <li>3. 亡くなった後の介護・グリーフケア.</li> </ol> <p>第 3 節 人生の最終段階の介護における多職種との連携</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人生の最終段階における多職種連携の必要性</li> <li>2. 他職種の役割と介護福祉職との連携</li> </ol>
<p>介護福祉士養成講座 11          ところとからだのしくみ          (中央法規出版)</p>	<p>第 9 章 人生の最終段階のケアに関連したところとからだのしくみ</p> <p>第 1 節 人生の最終段階に関する「死」のとりえ方</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 死のとりえ方</li> <li>2. 看取りにかかわる人の価値観</li> <li>3. 終末期 (ターミナル期)</li> </ol> <p>第 2 節 「死」に対するところの理解</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「死」に対する心の変化</li> <li>2. 「死」を受容する段階</li> <li>3. 家族が「死」を受容できるための支援</li> <li>4. 家族の負担軽減</li> </ol> <p>第 3 節 終末期から危篤状態、死後のからの理解</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 身体機能の特徴</li> <li>2. 臨終期の対応</li> <li>3. 死後のからの変化</li> <li>4. 死後の連絡</li> </ol> <p>第 4 節 終末期における医療職との連携</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 呼吸困難時の医療と介護の連携</li> <li>2. 疼痛緩和時の医療と介護の連携</li> <li>3. 多職種連携</li> </ol>
<p>介護福祉士養成講座 3          介護の基本 1          (中央法規出版)</p>	<p>第 2 章 介護福祉士の役割と機能</p> <p>第 1 節 介護福祉士の活動の場と役割</p>

表 1 の『生活支援技術Ⅱ』では人生の最終段階におけるケアの意味やアセ

スメントの視点について、死をむかえる人の介護（苦痛の緩和）、死をむかえた人の介護（死後の処置）、家族に対するグリーフケア、多職種連携・協働の必要性（多職種の役割と介護職との連携）、職員へのケア（デスカンファレンスから今後のケアの向上と職員同士の支え合い）などが解説されている<sup>10)</sup>。『こころとからだのしくみ』では、「死」のとらえ方、終末期とは何か、看取りにかかわる人の価値観、「死」の受容（キューブラー＝ロス）、家族への支援、終末期から臨終期における身体的変化とその対応、医療職（多職種）との連携（役割）、デスカンファレンスについて述べられている<sup>11)</sup>。

『介護の基本 1』は、介護福祉士の終末期ケアの活動の場とその役割について解説されている<sup>12)</sup>。

## 2. 看護師の終末期ケア教育

看護師養成テキストは基礎看護学、成人看護学、老年看護学の領域から『臨床看護総論』、『基礎看護技術Ⅱ』、『成人看護学総論』、『老年看護学』、『老年看護学概論』、『終末期看護学：エンド・オブ・ライフ・ケア』、『生と死の看護論』の7冊から終末期ケアが述べられている目次内容を抽出し、以下の表にまとめた。

表2 基礎看護学における終末期ケアの目次

系統看護学講座 (専門分野Ⅰ)臨床看護総論 基礎看護学④ (医学書院)	第2章健康状態の経過に基づく看護 F 終末期における看護 ①終末期の特徴 ②終末期の患者のニーズ ③終末期にある患者への看護援助
系統看護学講座	第15章死の看取りの援助

10) 中央法規出版 (2019) 最新介護福祉士養成講座 7 生活支援技術Ⅱ

11) 中央法規出版 (2019) 最新介護福祉士養成講座 11 こころとからだのしくみ

12) 中央法規出版 (2019) 最新介護福祉士養成講座 3 介護の基本Ⅰ

(専門分野Ⅰ)基礎看護技 術Ⅱ基礎看護学③ (医学書院)	A 死亡の動向と場所 B 死にゆく人と周囲の人々へのケア C わが国の風習に根づく死後の処置のあり方 D 死後の処置
------------------------------------	--

表2の『臨床看護総論』では基礎知識や技術が実践の中でどのように統合されているかということと、看護の対象者の状況（ライフサイクル、場、健康状態、症状、治療）についてが解説されている<sup>13)</sup>。

また、終末期看護の応用のプロセスとして終末期医療の特徴、終末期患者のニーズ、看護援助のためのアセスメントと信頼関係の基礎としてのコミュニケーション、終末期の状態に合わせた、食、排泄、清潔、心理的苦痛への援助や家族に対する悲嘆への援助などが記載されている。

また『基礎看護技術Ⅱ』は死亡の動向、場所や死を予告された人の理解、死にゆく人や周囲の人へのケア、日本の風習に根づく死後の処置、葬送儀礼そして看護としての死後の処置などの基礎知識が解説されている<sup>14)</sup>。

表3 老年看護学における終末期ケアの目次

系統看護学講座 (専門分野Ⅱ) 老年看護学 (医学書院)	第8章エンドオブライフケア A エンドオブライフケアの概念 B 「生きる」ことを支えるケア C 意思決定 D 末期段階に求められる援助
新体系看護全書 老年看護①老年看護学概 論老年保健 (メヂカルフレンド社)	第4章経過別にみた老年看護 V 終末期看護 A 終末期看護（エンドオブライフケアとは） B 看取り（終末期）看護の実際 C 家族へのグリーフケア

13) 医学書院（2019）臨床看護総論基礎看護学④第6版第4刷

14) 医学書院（2019）系統看護学講座専門分野Ⅰ基礎看護技術Ⅱ基礎看護学③第17版3刷

表3の『老年看護学』では、死生観とエンドオブライフケアの概念や、意思決定と尊厳をまもるための支援について、末期段階の身体的変化とアセスメントや、苦痛緩和のためのケアと家族への支援について解説されている<sup>15)</sup>。終末期から名称変更となった「人生の最終段階」についても解説されている。

『老年看護概論：老年保健』では、「エンドオブライフケア」とは何かや、高齢者の終末期のとらえ方からケアの特徴と課題について解説している。さらに、看取り看護のアセスメントの視点や、家族に対するグリーフケアについても解説されている<sup>16)</sup>。

表4 成人看護学における終末期ケアの目次

系統看護学講座 (専門分野Ⅱ) 成人看護学総論 成人看護学Ⅰ (医学書院)	第9章人生の最期のときを支える看護 A 最期のときにおける医療の現実 B 人生の最期のときを過ごしている人の理解 C 人生の最期のときを支える看護
経過別成人看護学④ 終末期看護 エンド・オブ・ライフ・ケア (メヂカルフレンド社)	第1編終末期看護概論 第1章終末期の理解 I 死の理解 II 終末期と終末期医療の理解 第2章終末期にある患者・家族の理解 I 地域に暮らす生活者としての患者・家族の基本的理解：終末期看護との対象 II 終末期にある患者の理解 III 終末期にある患者の家族の理解 第3章終末期医療と看護の理解 I 終末期医療の歴史 II 終末期医療に関する制度 III 終末期における医療の目的と場の特性

15) 医学書院 (2019) 系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学第9版第3刷

16) メヂカルフレンド社 (2019) 新体系看護学全書老年看護学①老年看護学概論老年保健第4版第4刷

	<p>IV 終末期医療における看護の機能・役割</p> <p>V 終末期医療における多職種連携と看護の役割</p> <p>第4章 終末期医療の抱える課題</p> <p>I 終末期医療における倫理的課題 II 医療従事者のグリーフケア</p> <p>第2編 終末期にある患者・家族への看護</p> <p>第1章 終末期における患者とのコミュニケーション</p> <p>I 終末期患者とのコミュニケーション</p> <p>II 終末期患者の希望を支えるコミュニケーション</p> <p>第2章 終末期における日常生活支援</p> <p>I 整容・清潔の援助 II 口腔ケア III 移動・移乗の援助</p> <p>IV 体位変換</p> <p>V 食事の援助 VI 排泄の援助 VII 睡眠の援助 VIII 環境の調整</p> <p>第3章 全人的（包括的）苦痛の緩和</p> <p>I 緩和ケアとは II 緩和ケアにおける看護の役割 III 身体的ケア</p> <p>IV 精神的ケア V 社会的ケア VI スピリチュアルケア VII 認知症の人への緩和ケア VIII 家族への全人的アプローチ</p> <p>第4章 終末期における退院支援 I 終末期における退院支援</p> <p>II 終末期の退院支援・退院調整における看護の実践</p> <p>第5章 在宅における看取り I 在宅における看取りとは</p> <p>II 在宅での看取りにおける看護の役割 III 在宅での看取りの実践</p> <p>第6章 臨死期の看護 I 臨死期の理解 II 臨死期における看護の役割</p> <p>III 臨死期における症状マネジメント IV 臨終前後の看護</p> <p>V ビリープメントケア</p>
<p>経過別成人看護学④</p> <p>終末期看護</p> <p>エンド・オブ・ライフ・ケア</p>	<p>第7章 事例で学ぶ終末期看護の実践</p> <p>I 一般病棟における終末期がん患者への看護</p> <p>II 一般病棟における終末期慢性疾患患者への看護</p> <p>III 一般病棟における終末期高齢者への看護</p>

IV 病院から在宅へ移行する終末期がん患者への退院支援
V 在宅で治療を受けているがん患者への看護
VI 在宅で療養中の慢性疾患の高齢者への看護
VII, VIII 臨死期のがん患者への看護（緩和ケア病棟・在宅）

表4の『成人看護学総論』では、大人を対象としたその人にとって最適な健康を維持・促進するための看護技術が解説されている。社会状況の変化に対応しながら、生活する大人の姿を最新のデータや情報から理解出来るように構成されている。成人の終末期看護は「成人の健康レベルに対応した看護」の項目の中で、解説されている。延命医療から自己決定重視におけるQOLの考え方や医療やケアのあり方を解説して、療養場所や意思決定などが解説されている。

また、「緩和ケア」の名称（ターミナルケア・ホスピスケア・エンドオブライフケア）、全人的苦痛とはどのようなものなのか、人生の最期のときを支えるために必要なアドバンスケアプランニング、意思決定支援も解説されている。

十分な終末期ケアを実践するためには、「死の準備教育（デスエデュケーション）」を学ぶことやチームアプローチの必要性が述べられている。そして、「チームの一員である看護師は役割を明確に認識することが必要である」ということが明記されている。最後は、看護師にとっての終末期ケアのストレスに対しての理解が解説されている<sup>17)</sup>。

『終末期看護：エンド・オブ・ライフ・ケア』は、さまざまな疾病や老いにより人生の最終段階に向かう人々が日常の暮らしの中で必要とされる医療やケアについて看護師がどう対応すればよいかに視点をおいて構成されている。内容としては人の死に対して生物学的、法律的な視点からの死の理解、

17) 医学書院（2019）系統看護学講座専門分野Ⅱ成人看護学①総論成人看護学第15版2刷

終末期にある患者と家族の特徴，多職種との連携，医療者のストレス，グリーフ，デスカンファレンスを通しての相互サポート，患者とのコミュニケーションの特徴や重要性，終末期にある患者の日常生活を支える基本的考え方，具体的ケアの方法，全人的苦痛の緩和における看護の役割，看取りの場，がんやがん以外の疾患の違い，患者の年齢の違いによる終末期看護の特徴と看護の技術について事例に基づき解説されている<sup>18)</sup>。

『生と死の看護論』は倫理的思考に力点が置かれている。まえがきには、医療者にとって死は日常茶飯事とされ、死に対する感覚が鈍磨し、死者をものともなしてしまうことや絶えざる悲嘆からストレスとなり燃え尽き症候群となることも稀ではない。だからこそ、患者の生命の質を上げるためだけではなく、医療者のストレス緩和のためにも普段から死について学んでおく必要があると書かれている<sup>19)</sup>。

表5は、『生と死の看護論』の目次である。

表5 生と死の看護論の目次

新体系看護学全書 生と死の看護論 (別巻) (メヂカルフレンド社)	第1章死を考える ①死とは何か ②死の心理学：死の受容に至るプロセス ③生と死の教育の意義と医療者 第2章死に直面した人間の現実 ①死の受け止め方 ②死に直面した人の理解 ③死に直面した人が抱える痛み 第3章真実の伝え方と支え ①真実を伝えることの重要性 ②コミュニケーションの重要性
--	--

18) メヂカルフレンド社 (2019) 経過別成人看護学④終末期看護：エンド・オブ・ライフ・ケア第1版第3刷

19) メヂカルフレンド社平成30年(2018)新体系看護学総論〈別巻〉生と死の看護論



第4章緩和ケアの進め方
①緩和ケアとは何か
②緩和ケアの担い手
③緩和ケアの方法
④死の看取りと医療者
⑤グリーフケアの方法
⑥システムの違いからみた緩和ケアの特性
第5章死をめぐる現代医療
①病気にかかわる現代医療の課題
②患者の人権，ケアにかかわる現代医療

内容は「死とは何か」など歴史学的，民俗学的，宗教的側面から考察されている。死の受容のプロセス（キューブラー＝ロス），生と死の教育の意義について，発達年齢の違いが死の受け止め方に及ぼす影響と死に直面した人の理解（全人的苦痛，QOL，悲嘆）や真実を伝えるために必要なコミュニケーション，緩和ケアの進め方に必要な具体的な対処方法（身体的・精神的・社会的・霊的苦痛），グリーフケアの方法（親，子ども，配偶者，きょうだい等を亡くした対象別），看取りの場の違いによる緩和ケアの特性（死ぬ場所の多様化とケアの問題），病気にかかわる現代医療の課題（臓器移植と死の判定やエイズ，難病，精神障害者などの死の問題），医療者のバーンアウトの問題などが解説されている。

## V 介護福祉士の終末期ケア教育の課題

2017(平成29)年のカリキュラム改正では，「終末期」から「人生の最終段階」へとテキストの表記も変更された。ケア実践のためには他の職種間との連携と協働が必要であると示されている。また先にも述べたように，ACP（advance care planning）の普及が謳われており，ますますコミュニケーション能力やマネジメント能力が重要になってくると考える。

## 1. コミュニケーション能力の向上

コミュニケーション技術については、「利用者本人の置かれている状況を理解して、支援関係の構築や意志決定を支援するためのコミュニケーションの基本的な技術を習得する」という目標が掲げられている。

榊原らは、終末期の利用者や家族の思いを引き出すためには、介護福祉士のコミュニケーション技術の向上が重要であると指摘する。コミュニケーションは利用者のみならず家族への精神的支援となるので、介護福祉士の重要な援助行為なのである<sup>20)</sup>。

新カリキュラムでは、終末期の利用者や、家族自らの意志決定を支援するために必要なコミュニケーション技術の見直しがされている。コミュニケーション能力は、利用者、家族、多職種との関係性の構築や円滑なチームケアのために重要である。

## 2. 死生観の学び

新カリキュラムでも、「死生観の学び」や「スピリチュアルケア」についてはあまり深く解説されていない。

河村（2015）は、福祉教育を受けている学生は家族や身内の死を経験しても、そこから自分自身の死を意識するまでにはいたらないと述べる<sup>21)</sup>。一方、久山らは介護学生の多くは身近な家族の死を経験しても自分自身の死を意識しないことを示し、その理由として、死別体験をしていても臨終に立ち会った経験が少ないためであるとしている<sup>22)</sup>。

たとえ死に対する知識や死別体験があったとしても、自分の死を現実のものとして意識できないのであれば、「死」を身近なものとして考えていると

---

20) 前掲 4) p 4

21) 河村諒（2015）「福祉教育を受けている学生の死生観及びスピリチュアルケアの評価についての検討」尚絅大学研究紀要人文・社会科学編第 47 号 pp 29-37

22) 久山かおる・井手添陽子・米原あき（2009）「介護福祉士養成課程で学ぶ学生の死生観—死生観に影響を与える要因分析—」鳥取短期大学研究紀要 60 pp 1-8

は言い難い。「死」は「生」の表裏一体なのである。

三上らは、学生の場合、1年生より2年生の方が死に対する知識が増えるので「死」への不安が増加するが、3年生になると逆に不安が低下すると指摘している。3年生の看護実習では、ターミナル期や重症者が対象に加わっており、かなりの学生が終末期の看護体験を経験しているのがその理由ではないかと推測している<sup>23)</sup>。実際の臨終体験が自分自身の死生観をつくりあげていくとともに、死にゆく人へのスピリチュアルケアにも影響を与えるのだろう。看護師の養成に比べて、介護福祉士の養成の実習では、臨終期の者に遭遇することが少ない。テキストだけではなく、看送った家族や終末期ケアに携わった職員の話（ゲストスピーカー）、DVDの映像などから学生自身が考えられるアクティブラーニングが必要である。

藤井（2015）は、「いのちの長さではなくその人がどうありたいかを問うことが重要であるならば、まずは専門職自身が一人の人間としてのいのちをどう捉えるかという課題に向き合うことが必要である」と述べている<sup>24)</sup>。そのためには専門職としての死生観の育成が必要であり、「生きること」「死ぬこと」「いのちのあり方」を学ぶことが重要である。まず、教員自身が自らに死生観を問い続けること、そして介護福祉士として持つべき死生観を明確に教示できる立場を目指さなければならないのだろう。

### 3. 介護と医療の両者の強みを生かした連携教育

『看護師養成テキスト』の特徴としては、「地域」、「在宅」を意識していることが挙げられる。日本看護協会は、「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」を将来のビジョンとして掲げて、2025年を目標に、「地域包括ケアシステムへの積極的参画のために地域における看護活動を拡充する」とし

23) 三上ゆみ・井関智美・久保田トミ子・道繁由香里・ファハルドニコル（2012）「福祉学生の死の認識と終末期介護教育に関する研究」新見公立大学紀要第33巻 p 21-28

24) 藤井美和（2015）「死生学とQOL」関西学院大学出版会pp 196-197

ている。介護施設においては、人生の最終段階のケアが重要となることから、看護職が介護職との適切な連携の下「生活の質」を重視したケアの提供がされるようにマネジメント機能の強化を進める必要がある。

このように看護は、いま、医療の現場から地域に軸足を移しつつ「病院完結型」から「地域完結型」を目指している。そのためには介護との連携が必要不可欠である<sup>25)</sup>。

これからは、介護と看護の協働・連携するための能力が試される場面が増加することだろう。介護福祉士にとっては今以上に他の職種の理解と知識が必要である。しかし、介護職は多職種との連携、特に看護職との連携を苦手としているという報告もある。

また、豊島（2018）の心電図による交感神経機能を指標としたストレス反応評価において、多職種連携業務（日勤帯）が高いストレス反応を示していることが明らかにされた。豊島は、介護福祉士の教育不足がその原因ではないかとして、Interprofessional Education (IPE) 専門職連携教育の導入が必要だと述べている<sup>26)</sup>。

終末期は医療と看護の連携が密となるので、介護福祉士及び看護師養成課程の学生は、「終末期ケア」についてのディスカッションや、協働のための学びが必要である。介護と看護の学生と一緒に学び合うことで、相互理解がすすみ、互いの専門性を高めることにつながる。連携したり、協働できる関係を早い段階から構築することが重要である。

死生観や多職種連携をより深く学ぶには、他の職種の職業倫理を理解することが重要である。質の高い協働連携は、利用者に対して目的意識を統一し、互いの役割を最大限に活かすことにつながる。互いの責任を共有し合

25) 公益社団法人日本看護協会（2015）「2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン

～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～」

26) 豊島裕子（2018）「介護福祉士のストレス反応：生理学的手法による評価」日本公衛誌 65（6）pp 266-276

い、互いの専門性を補完し合える環境も必要である。

最後に両専門職のテキストをみると、看護師は介護福祉士に比べて、終末期ケアを提供する対象の年齢層や疾病の範囲が広く、終末期のケースもさまざまなものである。そのために、終末期ケアも対象別、ケース別に解説されている。

一方、介護福祉士が提供するケアの対象は高齢者に特化しており、死の捉え方や死の概念も高齢者が対象である。看護師はさまざまな死の捉え方や死の概念を持っているので、臨機応変なケアの展開ができる。介護福祉士は、高齢者に対する生活支援の引き出しが多い。こうした両者の特徴を生かしながら協働していくことが今後の新しい介護のあり方をひらいていくのだろう。

## Ⅵ おわりに

今後の研究に向けて、筆者は実体験の中で利用者の死と向き合う不安の度合いが教育と関係するかどうかに対する考察として、専門職の教育課程に焦点を当てて論を展開した。今後は実践の場の介護福祉士と看護師の連携に焦点を当てて、連携を阻害する要因を探り、課題を明らかにし、より有機的な連携が生じるための方策の一助としたい。